

「Happy Valentine♡vistlip」 入場者質問票

フリガナ	
氏名	
住所	
電話番号 (携帯)	
座席番号	<第1部> 列 番 <第2部> 列 番 ※座席の交換・移動はご遠慮ください。

■ 過去14日間についてお伺いします。

新型コロナウイルス感染症の陽性と判明した方との濃厚接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域・等への渡航及び当該国・地域の在住者との濃厚接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
保健所、検疫所、政府機関、医療機関から新型コロナウイルス感染症に罹患している可能性がある、または自宅待機要請の連絡がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

■ 48時間以内についてお伺いします。

体調に異常はありますか？ 「はい」とお答えいただいた方は該当するもの全てに印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 味覚傷害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他（ご記入ください： _____)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
持病(ぜんそく、生理痛、偏頭痛、腰痛、歯痛等)、アレルギー、怪我、精神疾患、手術後以外の理由で解熱剤、かぜ薬、痛み止めを服用していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記に偽りが無い事を保証し、主催者が本質問票記載の情報を保有することに同意します。

署名

※虚偽の申告等が発覚した場合は損害賠償請求の対象となる場合がありますのでご注意ください。

※ご記入いただいた個人情報は、感染症の発生を予防し、及びその蔓延防止を図り、もって公衆衛生の向上および増進を図ることを目的として取得し、主催者管理のもと、保健所その他の関連機関に提供する場合があります、お客様に保健所その他の関連機関から連絡があることがあります。